

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 194

FACULTÉ DE MÉDECINE

A Propos d'un cas de

Pleurésie Purulente à Streptocoques

GUÉRIE PAR LA THORACENTÈSE

— * —
THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Juillet 1920

PAR

Mercure COLONNA de LECA

né à Appricciani, commune de Vico (Corse), le 11 novembre 1890

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

DUCAMP, professeur, *président*.
MASSABUAU, professeur
GAUSSEL, agrégé
ETIENNE, agrégé

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE LAVIER et CASTEL

1, Quai de Sauvages, 1

1920

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 194

FACULTÉ DE MÉDECINE

A Propos d'un cas de

Pleurésie Purulente à Streptocoques

GUÉRIE PAR LA THORACENTÈSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Juillet 1920

PAR

Mercure COLONNA de LECA

né à Appricciani, commune de Vico (Corse), le 11 novembre 1890

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

DUCAMP, professeur, *président*.
MASSABUAU, professeur
GAUSSEL, agrégé
ETIENNE, agrégé

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE LAVIER et CASTEL

1, Quai de Sauvages, 1

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

ADMINISTRATION

MM. MAIRET (✱).....	DOYEN
FORGUE (O ✱).....	ASSESEUR
IZARD.....	SECRÉTAIRE

PROFESSEURS

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (O. ✱.)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Botanique et Histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. ✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. ✱).
Physiologie.....	HEDON (✱).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale	DU CAMP. (✱)
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱).
Pathologie et Thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS H.
Clinique obstétricale.....	VAILLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIREN. (✱).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✱).
Chimie biologique et médicale	DERRIEN (✱).
Microbiologie.....	N...
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale	N.
Médecine légale et toxicologie.....	N.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honor. : MM. E. BERTIN-SANS (✱),

Secrétaire honoraire : M. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES.

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	VEDEL prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (✱). ag. l. (ch. dec.)
Médecine opératoire ..	SOUBEYRAN, (✱) a. l. (ch. dec.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards ..	EUZIÈRE, agrégé, (ch. de c.)
Accouchements ...	P. DELMAS, agrégé, (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé, (ch. de c.)
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON, ✱ (✱) l. (ch. de c.)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GALAVIELLE	MM. CABANNES	MM. ETIENNE
GRYNFELT, (✱).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIÈRE.	PECH ✱ (ch. d'agr.).
GAUSSEL. (✱). ✱	J. DELMAS. ✱	VAILLOIS ✱ (ch. d'agr.)
RICHE.	RIMBAUD. ✱	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. DUCAMP, *Professeur, Président*; MASSABUAU. *Professeur*;
GAUSSEL, *prof. agrégé*; ETIENNE, *prof. agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND PÈRE
PIERRE ANTOINE COLONNA DE LECA

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible gage d'amour filial et de reconnaissance pour tous les sacrifices qu'ils ont faits pour moi.

A MES SŒURS ET A MON BEAU-PÈRE MATHIEU ARRIGHI

A MES PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND AMI
LE DOCTEUR FRANÇOIS JALBAUD
Médecin Aide-Major, tombé au champ d'honneur,
sur le front de Verdun

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

AVANT-PROPOS

Au début de ce modeste travail, nous tenons, avant tout, à saluer la mémoire de nos camarades qui, pieusement, ont donné leur vie à la Patrie. Nous conserverons, malgré le temps, leur souvenir.

Que nos maîtres de la faculté de Montpellier, veuillent bien être assurés de notre gratitude. C'est à leurs savantes leçons que nous sommes redevables des connaissances médicales que nous possédons. Nous aurions désiré profiter plus longtemps de leur enseignement. Mais il faut obéir aux nécessités et aux devoirs de l'existence qui nous obligent à nous éloigner de Montpellier.

M. le Professeur Ducamp, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Cet honneur nous l'apprécions hautement. Nous le prions d'agréer nos sentiments respectueux de reconnaissance.

Nous présentons nos remerciements les plus vifs et les plus sincères à son interne M. Blouquier de Claret, qui nous a communiqué l'observation inédite n° 1. Ses conseils éclairés nous ont été très utiles pour la bonne conduite de ce travail.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Toute pleurésie purulente, a-t-on dit et répété, doit être traitée par la pleurotomie. A plus forte raison, cette conduite est-elle formellement indiquée dans la pleurésie purulente à streptocoques qui l'emporte sur les autres pleurésies purulentes par la fréquence et la gravité. Les statistiques de Netter ont démontré sa fréquence. Sa gravité est grande; son intensité peut revêtir tous les degrés; néanmoins, sont le fait de streptocoque les empyèmes à marche aiguë, à début bruyant : « le microbe à tout à faire » est le microbe des pleurésies succédant à la scarlatine, à l'érysipèle, à l'infection puerpérale.

Aussi beaucoup considèrent-ils que c'est perdre un temps précieux que de s'attarder à la Thoracentèse. Il est, cependant, des cas où elle a pu suffire à amener la guérison. C'est un cas de ce genre que nous avons eu la bonne fortune d'observer dans le service de M. le Professeur Ducamp. M. Blouquier de Claret, avec son obligeance coutumière, a bien voulu nous en donner l'observation longuement et soigneusement prise.

Notre curiosité a été mise en éveil par ce succès; il nous a paru intéressant de chercher dans la littérature médicale et de relater d'autres cas de même nature.

Dans la conduite de notre modeste travail, nous adopterons l'ordre suivant :

1° Historique ; 2° observations ; 3° étude des observations ; 4° étiologie ; 5° pathogénie ; 6° diagnostic ; 7° pronostic ; 8° traitement ; 9° conclusions.

Les symptômes étant soigneusement notés dans chaque observation ne feront pas l'objet d'un chapitre spécial.

L'anatomie pathologique ne nous arrêtera pas non plus ; nous ne pourrions que répéter ce que de nombreux auteurs ont, depuis longtemps, écrit avec toute la compétence désirable ; nous ne voulons pas nous exposer à des redites.

HISTORIQUE

L'histoire des recherches bactériologique ne date véritablement que de 1886.

WEICHELBAUNE, en 1886, relate quelques observations avec examen microbologique.

FRANKEL, en 1888, rapporte un certain nombre de cas de pleurésies purulentes. Selon l'agent pathogène, il les divise en pleurésies à streptocoques, à pneumocoques, à bacille de Koch.

RENVERS, en 1889, publie de nombreuses observations accompagnées de contrôle bactériologique.

En France, en 1889, Marfan fait paraître « l'Étiologie et le diagnostic des pleurésies purulentes », intéressante revue générale de la question.

Mais c'est Netter qui a réellement mis la question au point. Dans son important mémoire « Sur l'utilité des recherches bactériologiques pour le pronostic et le traitement des pleurésies purulentes », il passe en revue les variétés de pleurésies purulentes et en écrit l'étiologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Vignalou a consacré en juillet 1890, sa thèse inaugurale à l'étude des pleurésies purulentes à streptocoques.

La pleurésie à streptocoques, étant des plus fréquentes, figure pour une large part dans les descriptions classiques, surtout dans le traité de l'empyème de Bouveret.

Mais seule la bactériologie était capable de délimiter la part qui revient à chaque variété de pleurésie et à lui donner une individualité propre.

OBSERVATION I

Observation inédite due à l'obligeance de M. BLOUQUIER DE CLARET
(Service de M. le Professeur DUCAMP)

Le 28 février 1920 au n° 3 de la salle Fouquet entre la nommée François O. pour dyspnée, toux-brève non suivie d'expectorations et pour pleurodynie gauche.

Début le 23 janvier par angine et éruption scarlatiniforme qui n'aurait duré que 2 jours. A l'entrée, on constate une desquamation furfuracée prédominante au niveau des pieds et des mains ; desquation qui permet de faire le diagnostic retrospectif de scarlatine et qui fait envoyer la malade dans un pavillon d'isolement.

Les antécédents héréditaires ne révèlent rien. Le père et la mère sont en bonne santé ainsi que 3 frères et 2 sœurs.

La jeune malade est âgée de 17 ans, célibataire, n'a présenté dans ses antécédents pathologiques qu'une rougeole à 5 ans, et jusqu'au jour de l'entrée n'a jamais été malade.

Réglée à 14 ans ; depuis lors normalement, n'a pas de pertes blanches.

A l'entrée, la malade dyspnéique à 30 de respiration à la minute ; les traits sont tirés, une cyanose marquée est constatée à la face et aux mains. Aussitôt qu'elle fait un mouvement dans son lit et surtout lorsqu'elle s'assied, il existe une toux brève, quinteuse, non sui-

vie d'expectoration, caractéristique d'un épanchement pleural.

L'examen somatique de l'appareil respiratoire nous montre une matité absolue de la base gauche remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate. Abolition complète des vibrations, souffle doux, lointain voilé, surtout inspiratoire, œgophonie pectoriloquie aphone, skodisme au sommet gauche sous la clavicule, disparition de l'espace de Traube.

Au poumon droit rien à signaler. La respiration revêtant cependant le type infantile.

La pointe du cœur se perçoit à droite du sternum les bruits sont lointains et irréguliers. Il existe en pleine région ventriculaire un souffle mesosystolique. De plus la palpation de la région précordiale révèle un frémissement à foyer maximum à l'appendice xyphoïde, le premier bruit est allongé et assourdi à la pointe et un frottement péricardique s'entend surtout pendant surtout pendant la systole.

Anorexie ; constipation ; oligurie.

L'Examen d'urines donne :

Quantité envoyée, 450 c. c.

Densité, 1020.

Réaction, acide.

Urée, 24 gr. 5

Glucose, néant.

Albumine, très légères traces.

Chlorures, 6 gr.

A part de l'insomnie, on ne constate aucun trouble au niveau de l'appareil nerveux.

Les signes précédemment énumérés permettent de porter le diagnostic de pleurésie de la base gauche.

Une ponction exploratrice pratiquée aseptiquement et envoyée au laboratoire de clinique montre un liquide sero-fibrineux et le Docteur M. Guiraud envoie le 10 février 1920 le résultat de l'examen.

Liquide pleural :

Cytologie = globules de pus.

Ex-direct : nombreux cocci en chaînettes à
Gram positif.

Culture = Streptocoque pur.

Se basant exclusivement sur l'apparence séro-fibrineuse du liquide, on a pratiqué l'auto-sérothérapie et le déplacement du cœur étant considérable, la dyspnée intense, on a pratiqué une thoracentèse qui a donné issu à 900 c. c. d'un liquide séro-fibrineux. A la suite de cette ponction évacuatrice et pendant 8 jours la malade bien qu'en continuant une température qui oscillait entre 37° 8 et 39° a présenté une atténuation notable des signes fonctionnels du début. Malgré ce, tous les jours, on constatait que l'épanchement avait une tendance à s'accroître et le 19 février le cœur étant à nouveau dévié une ponction exploratrice révélant un liquide séro-fibrineux renfermant toujours du streptocoque pur on pratique une 2^{me} thoracentèse qui fournit 600 c. c. d'un liquide identique à celui retiré au cours de la première thoracentèse.

Il est à remarquer, qu'à part un léger empâtement au niveau de la région où avait été pratiquée l'auto-sérothérapie, il ne s'est produit aucun accident infectieux ce qui permet d'inférer que le streptocoque était peu virulent.

A la suite de cette 2^{me} ponction évacuatrice, les phénomènes généraux se sont atténués ; la diurèse, sous l'influence de 1 gr. 50 de théobromine pro die, a augmenté de façon notable. La température avait une tendance à baisser et la malade présentait une amélioration notable.

Malgré cette amélioration, la température ne tombant pas franchement et les signes stéthoscopiques révélant un épanchement de moyenne abondance mais ne dispa-

raissant pas franchement, une 3^{me} thoracentèse est pratiquée le 10 Mars. On retire un liquide sérofibrineux contenant toujours du streptocoque.

A la suite de cette 3^{me} thoracentèse, et quelques temps après, l'épanchement disparaît, et à l'auscultation on perçoit de gros frottements sur toute la hauteur du poumon gauche.

Une radioscopie pratiquée le 12 avril 1920, révèle pour le poumon droit.

Sommet rien de particulier.

Parenchyme pulmonaire : ombres hilaires assez marquées ; le sinus costo diaphragmatique s'ouvre bien.

Poumon gauche.

Sommet voilé, s'éclairant mal à la toux, Parenchyme pulmonaire voilé sur toute sa hauteur, mais on aperçoit cependant les ombres des côtes fortement estompées ; sinus costo-diaphragmatique invisible.

Cœur et aorte rien de particulier.

Espace cardiaque obscur dans toute sa hauteur.

La convalescence s'établit franchement, l'appétit revient, la malade reprend de la force et la veille de la sortie on constate des frottements persistants à la base gauche. Une radioscopie montre :

Rien de particulier pour le poumon droit. Poumon gauche sommet voilé ne s'éclairant pas à la toux. Le parenchyme pulmonaire est voilé dans toute sa hauteur mais n'est pas cependant complètement obscur.

Le sinus costo-diaphragmatique s'aperçoit quoique difficilement. Cœur légèrement dévié à droite. Aorte rien de particulier ; espace retro-cardiaque obscur.

Entre les deux radioscopies, la malade a été soumise à un régime reconstituant. La température étant disparue on fait du cacodylate de soude en injections et des applications répétées de pointes de feu à la base droite.

OBSERVATION II

Pleuro - pneumonie. Pleurésie séreuse, devenue purulente à
Streptocoques, Thoracentèse, guérison.

(DUGUET, Thèse de Vignalou, Paris 1890)

Mart . . . Albert, 19 ans, pâtissier, est entré le 6 janvier 1890, Hôpital Lariboisière. Service de M. Duguet.

Né à Paris, son père serait mort d'une bronchite chronique ; aucun antécédent fâcheux du côté de sa mère, ni de son père, ni de ses deux sœurs, lui-même, en dehors d'une bleunorrhagie, il y a deux ans s'est toujours bien porté.

Huit jours avant son entrée, il a ressenti dans le côté droit, au niveau du mamelon, une douleur assez intense, qui a duré 3 ou 4 jours. Mais en même temps, sa respiration est devenue gênée, il a été pris de fièvre et de toux avec expectoration jaunâtre et visqueuse.

A son entrée, on remarque qu'il est atteint à l'aîne droite d'une adénite suppurée. Le motif de son adénite est difficile à saisir. Dans les deux tiers inférieurs de la poitrine, à droite et en arrière, vibrations thoraciques abolies, matité absolue, absence de respiration, pas de souffle, ni d'égophonie. Rien de particulier dans le reste du poumon droit. Respiration puérile à gauche. Dyspnée, courbature générale, température entre 39° et 40°. La face est particulièrement pâle et comme bouffie. Rien dans les urines. Le malade prétend qu'il a toujours eu le même aspect du visage.

Du 6 au 20 janvier, l'état général est local se sont aggravés. Respiration 64. Pouls 112. T. 39°, 5. Anxiété très grande. Injection sous cutanées d'éther sulfurique.

L'adénite inguinale est guérie.

Le 20, Thoracentèse qui enlève onze cents grammes de liquide séreux.

Le 21, amélioration locale et générale ; mais la température reste élevée. Pendant le reste du mois et tout le mois de février suivant, le malade va assez bien, sans être pourtant guéri. Il conserve toujours à la base une zone de pleurésie avec épanchement, en arrière seulement, de la hauteur de quatre à cinq travers de doigt. Le malade mange quatre portions.

Le 23 mars, comme il est devenu évident que l'épanchement ne se resorbe pas, qu'il paraît enkysté, M. Duguet pratique, en arrière, une ponction qui donne 300 grammes de pus, contrairement à ce qu'aurait pu faire supposer *l'état général du malade resté excellent*. Ce pus, examiné par M. Netter, contient une quantité notable de Streptocoques.

Après cette ponction, les signes de l'épanchement ne disparaissent pas encore entièrement, tout en ayant beaucoup diminué. Le 20 avril, M. Duguet pratique en arrière encore une nouvelle ponction, dans la région restée mate, et il n'en retire qu'un dé à coudre de liquide purulent. Ce qui reste est donc insignifiant.

Pourtant le malade, depuis quelques temps, tousse souvent et expectore des mucosités purulentes comme s'il s'était fait une petite vomique, chose très possible d'ailleurs.

Il tousse encore un peu et expectore, quand le 3 mai, se sentant tout à fait bien, il demande à aller à Vincennes. Il ne reste dans son côté droit qu'une petite zone de submatité au bas et en arrière avec faiblesse du murmure vésiculaire en ce point. Pas de rétraction de la paroi. A noter pourtant quelques bulles sous-crépitan-tes disséminées des deux côtés, dans le poumon droit surtout, certainement en rapport avec son expectoration.

Après un séjour d'une quinzaine à Vincennes, le malade toussant encore et expectorant comme à son départ, rentre à l'hôpital de Lariboisière dans le service de M. Siredey (M. Netter suppléant). M. Netter constate du streptocoque dans ses crachats, ce qui vient confirmer l'idée d'une petite vomique. Une ponction est faite en arrière et ne donne rien. Au bout de quelques jours, le malade quitte définitivement l'hôpital en bon état.

OBSERVATION III

Mélanodermie de misère (parasitaire). Pleuro-pneumonie droite. Pleurésie séro-purulente à streptocoques. Thoracentèse ; guérison avec rétraction thoracique. — DUGUET. Thèse de Vignalou (Paris 1890).

Nourr. . . . Henri, âgé de 44 ans, cirier, entre le 23 janv. 1890, salle Grisolle n° 20, hôpital Lariboisière dans le service de M. Duguet.

Né au Mans (Sarthe), il a eu la rougeole à l'âge de 9 ans, et n'ayant pas été vacciné, la variole en 1870. Il aurait eu en 1872, une gastralgie pour laquelle on l'aurait soigné pendant trois mois avec la potion de Rivière. En 1888, il aurait été atteint d'une pleuro-pneumonie gauche et soigné à l'hôpital de St-Etienne (Loire) pendant cinq mois, à l'aide de vésicatoires sans ponction. Rien de particulier concernant son père et sa mère.

Depuis 15 jours, il est malade. Ayant pris froid, dit-il, en sortant de chez lui, il a ressenti plusieurs petits frissons et un point de côté très intense au dessous et en dehors du mamelon droit, s'exaspérant par la toux, les mouvements, la pression et s'irradiant jusque dans

les lombes et l'épaule droite. Puis est venue l'oppression, puis des crachats jaunâtres, visqueux, adhérents, ramenés par une toux pénible, avec insomnie.

Point de vomissements. Des vésicatoires lui ont été appliqués chez lui sans améliorer sa situation.

Au moment de son entrée, on constate sur tout son corps une teinte bronzée qui rappelle à s'y méprendre celle d'une maladie d'Addison, avec cette différence que la muqueuse buccale n'est point marbrée et que cette teinte bronzée offre un pointillé cicatriciel blanchâtre principalement sur le dos et les épaules qui démontre nettement qu'il s'agit d'une mélanodermie parasitaire.

A gauche, aucun vestige de la pleuro-pneumonie signalée plus haut.

A droite, en arrière et dans la moitié inférieure, diminution des vibrations thoraciques et de la sonorité. Diminution du murmure vésiculaire. Léger souffle voilé dans l'expiration, râles sous-crépitanants s'étendant jusque dans la moitié supérieure. Du reste, il existe aussi quelques râles sous-crépitanants disséminés dans le plan antérieur du poumon droit et dans le poumon gauche.

Anorexie, langue blanche, urines normales, rien au cœur ; fièvre oscillant du matin au soir entre 38° et 39°.

Le 26, l'épanchement occupe les deux tiers inférieurs en arrière : pas encore d'égophonie, pouls de 85 à 90, température 38° à 39°.

4 février : La matité gagne sur le côté et jusqu'à un travers de doigt de la clavicule à droite, le foie s'abaisse et son rebord devient douloureux. Tout le côté droit est immobile dans les mouvements respiratoires. Vibrations thoraciques disparues presque complètement. Le souffle voilé s'est étendu et a pris le caractère amphorique, égophonie. Les râles sous-crépitanants diminuent partout, la respiration devient puérile à gauche. Dyspnée modérée. Décubitus latéral droit.

Le 5, insomnie et dyspnée plus accentuées.

Le 10, la situation tend plutôt à s'aggraver : muguet de la gorge. Le souffle amphorique a disparu en bas et en arrière. Tendance à l'œdème thoracique du côté malade.

La Thoracentèse est pratiquée, le malade étant couché sur le dos, dans le sixième espace intercostal en dehors du mamelon sur le côté. On retire cinq ou six cents grammes de liquide séro-purulent qui, examiné par M. Netter, est reconnu comme contenant des streptocoques en grande quantité.

Peu à peu jusqu'au 20 février, tout s'améliore chez le malade : l'appétit, le sommeil, la température. Tous les signes thoraciques du côté droit s'atténuent en même temps qu'il se fait un peu de rétraction de la paroi. Comme il existe à la base et en arrière encore un peu de matité, de souffle et diminution des vibrations, il est fait une ponction exploratrice en arrière, laquelle ne ramène aucune goutte de liquide. Il est, dès lors, démontré que les derniers signes rapportés plus haut se rattachent à des fausses membranes humides qui enserrant le poumon droit, à la base surtout et en arrière.

L'expectoration est nulle depuis longtemps.

Jusqu'au 16 avril, l'amélioration s'est accentuée chaque jour, mais aussi la rétraction thoracique qui est devenue très marquée. Mais la respiration, peu faible dans le côté droit, y est normale pourtant. Le malade dort, mange et n'a plus d'oppression ; sa mélanodermie a même un peu diminuée. Il part à Vincennes. Voici les pesées successives à partir du 15 mars.

Le 15 mars, 45 kil. 200.

Le 17, 46 kilos.

Le 24, 45 kil. 500.

Le 31, 50 kilos.

Le 8 avril, 52 kilos.

Le 14, 53 kilos.

OBSERVATION IV

Pleurésie purulente à streptocoques probablement d'origine grippale. Ponctions. Guérison. Observation inédite due à l'obligeance de M. le Dr GUGUENHEIM. (Thèse de Vignalou, Paris 1890)

P. François, 27 ans, entre le 21 décembre, salle Laségue, dans le service de M. le docteur Gouguenheim, en pleine épidémie de grippe.

22 décembre. Le malade présente à son entrée tous les signes d'une pleurésie gauche.

En avant : au sommet, sonorité ; plus bas, matité. La sonorité de l'espace de Traube est conservée. En arrière, matité, souffle, égophonie, pectoriloquie aphone. La température était de 38° hier soir, de 37°6 ce matin. On pratique *une ponction* et on retire 250 gr. de liquide.

Les jours suivants la température monte et reste pendant trois jours entre 39° et 40°.

26 décembre. *Deuxième ponction* qui donne 600 gr. d'un liquide un peu trouble non purulent. La température reste encore à 39°5 puis retombe le surlendemain à 38° et reste, pendant six jours, normale le matin, à 38° le soir.

Le soir du 6^e jour la fièvre reparait, 39°; et pendant trois jours la température modérément élevée le matin s'élève le soir à 39° et au-dessus.

Le 6. *Troisième ponction* pour laquelle on retire 550 gr. de liquide rougeâtre un peu purulent.

A partir du lendemain, nouvelle période d'apyrexie, complète cette fois, qui dure cinq jours à laquelle succède une nouvelle ascension thermique.

Le 15. *Quatrième ponction* qui donne 250 gr. de li-

quide épais ou bien sanguinolent et purulent. Le soir, température 40°, mais le lendemain, elle reste normale ainsi que les jours suivants.

Au bout de 6 jours, la fièvre reparait mais très modérée (38° à 39°).

Au bout de 8 jours, la température s'abaisse de nouveau et reste normale jusqu'au 7 février, jour où le malade veut quitter l'hôpital.

Il rentre dans le service de M. le docteur Bouchard le 12 février. Il présente encore de la matité, de la diminution des vibrations et de la respiration de la base gauche, mais des tentatives répétées de ponction ne donnent aucun liquide. L'état général n'est du reste pas mauvais. Pas de fièvre.

Le malade quitte l'hôpital au bout de quelques temps paraissant guéri de sa pleurésie purulente.

L'examen bactériologique du liquide avait été fait par M. le docteur Netter. Il y avait constaté l'existence de streptocoques qui s'étaient montrés peu virulents.

OBSERVATION V

Pleurésie purulente d'origine puerpérale à marche chronique. streptocoques dans le pus, à l'état de pureté et en très petite quantité. Faible virulence du pus injecté aux animaux. Indications opératoires. Guérison par trois ponctions simples. — F. WIDAL. Etude sur l'infection puerpérale. Th. 1889, observation VIII, p. 132.

Marie O., papetière, âgée de 42 ans, entrée le 6 juin 1888, salle Montreret, n° 2, service de M. le Professeur Dieulafoy, à l'hôpital Necker.

Bonne santé habituelle. L'année dernière bronchite qui a duré 2 mois.

Pas d'accidents tuberculeux dans la famille.

Elle entre parce qu'elle souffre de toux, de dyspnée et d'un point de côté à droite depuis tantôt trois mois. Elle est malade depuis ses couches. Accouchée à terme le 15 mai dernier, elle fut prise au bout de trois jours d'un frisson intense qui dura trois heures. En même temps, s'installa une fièvre violente, sans qu'aucune douleur se soit jamais manifestée. Trois jours après le premier frisson, point de côté à la base du poumon droit et toux sèche. En même temps, oppression très vive surtout à la marche et à la montée des escaliers. Elle resta dans cet état pendant deux mois et demi pouvant encore vaquer à ses opérations jusqu'au 4 juin dernier. Ce jour-là, elle sortit par la pluie, prit froid, frissonna au retour et fut obligé de reprendre le lit.

A l'entrée : aspect cachectique, face jaune, doigts fortement hippocratiques. Elle dit avoir beaucoup maigri. Anorexie complète, pas de sueurs nocturnes pas d'hémoptysies. Elle tousse et crache beaucoup. Pas de bacilles dans les crachats. L'oppression persiste, la malade se couche toujours sur le côté droit pour respirer plus facilement.

Thorax. Légère voussure en arrière et à droite. Matité et abolition des vibrations dans les 2/3 inférieurs du poumon de ce côté. Submatité jusqu'à l'épine de l'omoplate. Skodisme sous-claviculaire. A l'auscultation, abolition du murmure vésiculaire dans le 1/3 inférieur. Egophonie, pectoriloquie aphone. A gauche, respiration rude, pas de râles, pas d'œdème. Foie abaissé de deux travers de doigts. Pas d'albumine dans l'urine.

Température 40° le soir de l'entrée.

Le 7, 38°-39°2.

Le 8, 38°4-39°.

Thoracentèse : 250 gr. d'un liquide franchement purulent. L'examen direct du pus sur lamelles et les cultures montrent seulement des streptocoques pyogènes en quantités extrêmement minimales.

Le 9, 37°-39°4.

Le 10. *Deuxième thoracentèse* : 350 gr. de pus qui est recueilli dans un appareil stérilisé. L'examen micro-biologique donne les mêmes résultats que l'avant-veille. Le pus inoculé à des lapins montre que ce liquide est très peu virulent, car ces animaux résistent à de fortes doses inoculées, soit dans le péritoine, soit dans le sang.

Les jours suivants la température reste oscillante entre 38° et 39°. La toux et l'expectoration persistent.

Le 15. Toux plus fréquentes. Le liquide est reformé. Souffle revenu dans les 2/3 inférieurs et postérieurs.

Le 18. La malade se trouve mieux. Température abaissée 37°2-37. Moins d'expectoration et moins d'oppression. Le liquide stationnaire semble se localiser à la moitié inférieure. Les jours suivants la température remonte entre 38° et 39°.

Le 26. Etat suivant : Souffle au sommet, frottement dans toute la hauteur du poumon, pas d'égophonie, ni de bronchophonie bien nettes. Pectoriloquie aphone légère au 1/3 inférieur. Vibrations thoraciques abolies dans le 1/3 inférieur et légèrement diminuées dans le reste de la hauteur.

Le 30. *Troisième ponction* : 350 gr. d'un liquide purulent, plus épais que les précédents. Toujours des streptocoques mais en très faible quantité.

Le 3 juillet. La malade se trouve bien, tousse moins. Température normale depuis la ponction ; le 5 et le 6 elle remonte à 38° le premier jour et à 39° le second.

L'appétit revient, le poids augmente assez rapidement. Il y a encore deux ou trois ascensions thermiques à 38° ou un peu au-dessus, puis l'apyrexie rédevient

complète et définitive. Le souffle disparaît et on n'entend plus que des frottements. Le 22 décembre, ponction exploratrice sans résultat. Le 17, la malade, très engraissée, quitte l'hôpital. Il reste encore un peu de matité dans la moitié inférieure du poumon droit. La respiration quoique revenue est toujours un peu diminuée. Quelques frottements à la base. Six semaines après, la santé s'était maintenue excellente.

OBSERVATION VI

Pleurésie à streptocoques. Guérison par la ponction. — M. CADET de GASSICOURT. Soc. Méd. des Hôp. 1889, p. 374. — Séance du 26 juillet 1889.

« L'observation fort intéressante rapportée par M. Sevestre montre qu'une pleurésie purulente dans l'épanchement de laquelle existaient seulement des pneumocoques, ainsi que l'a constaté M. Netter, n'a cependant pas guéri par la ponction simple.

J'ai observé dernièrement un cas qui constitue la contre-partie de celui-ci. Il s'agit d'une petite fille assez chétive, de mauvais aspect, atteinte d'un épanchement pleural que je dus extraire par la ponction ; je retirai 500 gr. d'un liquide séro-purulent que je priai M. Netter d'examiner et dans lequel il constata l'existence de nombreux streptocoques mais pas de pneumocoques. Me basant sur l'état général de la petite malade, j'ai pensé que la ponction ne suffirait pas, sans doute, à amener la guérison et qu'il faudrait en venir à pratiquer l'empyème ; de son côté M. Netter, s'appuyant sur

la présence de streptocoques dans le liquide, fut d'avis que l'empyème serait sûrement nécessaire.

Cependant, avant de décider l'opération, j'attendis quelques jours et fus fort surpris de ne pas constater la reproduction du liquide ; je ne trouvai des signes d'épanchement que vers la région sous-claviculaire où je diagnostiquai l'existence d'une petite poche enkystée. Je fis dans le 7^e espace intercostal, une nouvelle ponction qui ne donna issue à aucun liquide, puis une autre ponction sous la clavicule qui permit d'extraire 4 ou 5 gr. seulement de liquide enkysté en ce point ; et depuis lors l'enfant est complètement guérie.

ETUDE DES OBSERVATIONS

Une étude attentive des observations nous permet de dire que si toutes les pleurésies à streptocoques sont graves, il y a une échelle dans la gravité ; les cas que nous relatons nous semblent parmi les moins graves.

Observation I. — L'auto-sérothérapie pratiquée alors qu'on ne connaissait pas la nature exacte de l'épanchement, n'a déterminé au point d'injection qu'un léger empâtement. Le streptocoque n'était donc pas virulent. Cette pleurésie n'a jamais été franchement purulente. On n'a pas noté d'œdème de la paroi thoracique. L'état général n'était pas mauvais. Pas de frissons répétés, pas de sueurs. Les symptômes généraux ont cédé pendant un temps devenu de plus en plus long aux ponctions.

Observation II. — Nous lisons que l'état général du malade est excellent ; il mange quatre portions. On ne note pas d'œdème de la paroi thoracique, pas de frissons, les phénomènes généraux cèdent facilement à la ponction.

Observation III. — Ce cas est exceptionnel ; une seule thoracentèse a suffi à amener la guérison. La température n'est jamais montée au-dessus de 39°. La dyspnée provoquée par l'épanchement disparaît par la ponction. Pas de frissons, pas de sueurs. Il y a une légère tendance à l'œdème de la paroi thoracique. La bénignité de cette pleurésie ne saurait être mise en doute.

Observation IV. — L'examen bactériologique montre des streptocoques dont M. Netter a constaté le peu de virulence. La fièvre, à part quelques poussées, est modérée. Chaque ponction amène, pendant plusieurs jours, une atténuation notable des phénomènes généraux. Pas de frissons. pas d'œdème de la paroi thoracique. L'état général n'est pas mauvais. Donc la bénignité de cette pleurésie nous paraît devoir être admise.

Observation V. — La malade est cachectique. Mais le mauvais état général est surtout le fait de la chronicité. La malade a pu vaquer à ses affaires pendant deux mois et demi tout en étant porteuse d'un épanchement. Cette tolérance pour épanchement dont l'injection au lapin a montré le peu de toxicité et de virulence, plaide fortement en faveur de la gravité moindre de sa pleurésie.

Observation VI. — La petite malade est chétive ; son état général est mauvais. Cependant, nous pouvons dire que la maladie ne devait pas revêtir un caractère très grave ; au lieu de temporiser, on aurait eu recours d'emblée à la pleurotomie si les phénomènes généraux l'avaient réclamé.

Enfin, dans aucun des six cas rapportés, on n'a constaté d'albumine. A peine y en a-t-il eu de légères traces chez le malade de l'observation n° 1 dont la pleurésie paraissait consécutive à la scarlatine.

L'albuminurie, quand elle existe, s'accompagne souvent de présence de cylindres dans les urines ; elle est rétractile ; c'est une albuminurie par néphrite.

Nous pouvons donc dire que la ponction s'est adressée à six cas peu graves. Ne serait-ce pas cette bénignité relative qui expliquerait le succès de la ponction, succès réellement extraordinaire pour le malade de l'ob-

servation n° 3 puisqu'une seule ponction évacuatrice a amené la guérison ?

Très habituellement, en effet, l'épanchement se reproduit indéfiniment. Le soulagement du premier moment est plus ou moins durable ; le plus souvent au bout de peu de temps, l'amélioration est compromise. L'oppression et les accidents fébriles reparaissent.

Une grave critique peut être adressée aux observations que nous rapportons. Les malades, à l'exception de celle du service du Professeur Ducamp, n'ont pas été suivis après leur sortie de l'hôpital. Peut-on parler, dans ces conditions, de guérison stable et définitive. Nous sommes en droit de nous demander si ces pleurésies, avec épanchement, ne sont pas transformées en pleurésies adhésives, comme cela paraît avoir eu lieu pour la malade de M. le Professeur Ducamp. M. Blouquier du Claret, interne en a reçu des nouvelles ; elle est toujours, nous a-t-il dit, fortement dyspnéique ; son médecin, à Avignon, lui a fait des applications répétées de pointes de feu et a constaté des frottements très abondants remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate qui démontrent la présence d'une pleurésie sèche.

Ces considérations doivent donc nous rendre bien réservés quant à la valeur curative, à longue échéance, de la seule thoracentèse dans les pleurésies purulentes à streptocoques. Bien plus, les ponctions, en n'évacuant le pus macroscopique ou histologique que d'une façon imparfaite et momentanée, nous paraissent un facteur important dans la formation d'adhérences pleurales qui empêchent l'expansion pulmonaire. Le traitement systématique des pleurésies purulentes à streptocoques par la ponction peut amener dans bien des cas la formation de symphyse pleurale nécessitant l'opération de la thoracotomie si ce n'est celle de la décortication du poumon de Delorme.

ETIOLOGIE

De toutes les pleurésies purulentes, la pleurésie à streptocopes est celle dont la fréquence est la plus grande, Netter donne les chiffres suivants ; sur 109 cas examinés au point de vue bactériologique, il a trouvé :

Le streptocoque	51 fois.
Le pneumocoque	32 fois.
Les organismes saprogènes	14 fois.
La bacille de Koch	12 fois.

Le streptocoque pyogène seul ou associé au Pneumocoque se rencontrerait 46 fois sur 100.

Le strephylocoque, le pneumobacille de Friedlander, la bacille d'Eberth le colibacile, le microconus tétragène, s'observent beaucoup moins fréquemment. Chez l'enfant, c'est le pneumocoque qui est le plus fréquent.

Les causes des pleurésies purulentes à streptocoques sont locales ou générales.

« Les causes locales sont ; 1° les affections pulmonaires : pneumonie, broncho-pneumonie, dilation des bronches, abcès du poumon, cancer, tuberculose, gangrène ; 2° des lésions du médiastin, péricardite, cancer de l'œsophage, perforation de l'œsophage cancéreux au cours du cathétérisme ; 3° des affections abdominales, cancer du foie ou de l'estomac, abcès sous-phreuniques, suppuration du foie, du rein ou de la rate, péritonite puerpérale ; la propagation s'explique dans ces cas par les

rapports de la plèvre et de péritoine a travers les orifices lymphatiques de diaphragme ; 4° des lésions des parois thoraciques, plaies pénétrantes de poitrine, cancer ou abcès du sein, phlegmon axillaire, etc. ; 5° des lésions de la plèvre elle-même, c'est le cas des pleurésies séro-fibrineuses devenant secondairement purulentes. » (Collet précis de pathologie interne).

Les causes générales sont : la scarlatine, la rougeole, l'érysipèle, l'infection puerpérale, l'infection purulente, la diphthérie.

Le froid a un rôle adjuvant; il diminue la résistance de l'organisme à l'action du microbe. Les cachectiques, les débilisés, les surmenés deviennent facilement la proie de la pleurésie purulente.

D'après Netter, la pleurésie à streptocoques est primitive dans un 1/3 des cas ; il est plus logique de croire que dans beaucoup de cas, la lésion pulmonaire est primitive mais passe inaperçue.

La plèvre enveloppe le poumon ; on conçoit difficilement qu'elle s'enflamme sans que le poumon soit plus ou moins atteint. La fréquence des pleurésies primitives serait donc bien moindre.

Les pleurésies secondaires succèdent soit à des lésions de voisinages qui sont pulmonaires, médiastines, abdominales, soit à des maladies générales : scarlatine, érysipèle, grippe, infection puerpérale.

PATHOGÉNIE

Les facteurs étiologiques que nous venons d'énumérer nous montrent que l'invasion de la plèvre peut se faire de trois façons différentes.

1° Le streptocoque peut être porté directement au contact de la plèvre par le traumatisme, par exemple.

2° L'affection succède à une lésion voisine ; la voie lymphatique est la voie de transmission.

3° Enfin, dans les maladies générales, le streptocoque gagne la plèvre par la voie hémato-gène.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic ne peut être affirmé que par l'examen bactériologique après ponction pratiquée aseptiquement. Dans la pleurésie à streptocoques, le liquide n'est pas purulent d'emblée ; il est d'abord louche, séro-purulent, puis purulent. Le pus n'est pas homogène, il est mal lié. Ce n'est pas le pus « bonum et laudabile » des anciens auteurs. On y voit de nombreux globules rouges et blancs et des chainettes de streptocoque.

Si la certitude n'est donnée que par la bactériologie, l'examen clinique permet dans certains cas, avec beaucoup de chances de ne pas se tromper, de penser au streptocoque. Lorsque, quelques jours après un accouchement, on verra se produire un frisson, un point de côté et qu'on trouvera des signes de pleurésie, il faudra penser à la pleurésie purulente à streptocoques, de même après un érysipèle.

En résumé, l'examen clinique permet de fortes présomptions contre le streptocoque ; seule la bactériologie donne la certitude.

PRONOSTIC

Avec la pleurésie putride et la pleurésie purulente tuberculeuse, la pleurésie à streptocoque est une des plus graves. Sa gravité contracte avec la bénignité de la pleurésie purulente à pneumocoques qui guérit presque toujours.

Voici les résultats obtenus par Netter dans son service à l'hôpital Trousseau. Il a traité 53 enfants atteints de pleurésie purulente de 1895 à 1899.

35 pleurésies purulentes à pneumocoques purs ont donné 34 guérisons. Soit une mortalité de 5,55.

7 pleurésies purulentes à streptocoques ont donné 6 décès. Soit une mortalité de 85,7.

Pour les pleurésies purulentes gangréneuses, Ranberg donne les résultats de l'intervention chirurgicale dans 12 cas.

Il y a eu :

6 morts, soit 50 pour 100.

4 guérisons, soit 33 pour 100.

2 résultats (incomplets fistules), soit 17 pour 100.

La pleurésie purulente tuberculeuse, bénigne si l'on considère la longue période de survie sans troubles fonctionnels ou généraux marqués, est très grave si l'on tient compte de l'arrivée fatale d'une ultime phase : cachexie, hecticité, apparition de nouvelles localisations tuberculeuses.

Après cet essai de parallèle pronostique, nous hâterons d'ajouter que toutes les pleurésies purulentes à streptocoques ne sont pas également graves ; il en est, nos observations le démontrent, d'allure peu inquiétante. Mais comme d'un moment à l'autre, elles peuvent revêtir un caractère plus grave, on est autorisé, dès le début, à employer le traitement énergique : la pleurotomie.

Il ne faut pas perdre de vue que les empyèmes défectueusement traités se transforment en pleurésie adhésive.

Leur fistulisation est possible entraînant avec elle une suppuration intarissable. Le poumon enveloppé de néomembranes perd son pouvoir d'expansion et, par suite, est fonctionnellement très diminué.

TRAITEMENT

Il faut, donc, dès que le diagnostic est porté, pratiquer la pleurotomie avec ou sans résection costale. Les cas de guérison, par la seule thoracentèse, que nous rapportons sont des cas très heureux qui n'infirmen en rien le traitement de la pleurotomie ; on ne peut s'en prévaloir pour en tirer une ligne de conduite.

La thoracentèse offre toutefois l'avantage d'être très simple ; elle est la portée de tous les praticiens. On pourra y avoir recours lorsque l'état général du malade est excessivement mauvais et que l'on craint le moindre choc opératoire. Ce ne sera dans ce cas, qu'un moyen d'attente et la pleurotomie sera pratiquée le plus tôt qu'il sera possible.

Adopter une autre conduite, c'est vouer le malade aux adhérences, peut-être à la symphyse pleurale, c'est attenter à son intégrité respiratoire.

Si le poulmon a perdu toute faculté d'expansion, si enveloppé de néo-membranes il ne peut se porter au contact de la paroi, "il faudra que la paroi aille au poulmon". On pratiquera alors la thoracoplastie, c'est-à-dire l'opération de Letievan et Estlander. Le chirurgien se décidera pour un des nombreux procédés en honneur.

Dans les cas plus graves, on pourra pratiquer la décortication de Delorme qui a pour but de libérer le

poumon des néo-membranes qui entravent son expansion physiologique.

Mais le traitement ne doit pas être seulement chirurgical, il doit être également médical.

L'injection de sérum polyvalent antistreptococcique de Marmorek, à la dose 20 à 30 centimètres cubes, nous paraît indiquée, aussitôt le diagnostic posé, dans les formes sévères.

En cours de convalescence, on luttera contre la formation des adhérences pleurales par l'application répétée des pointes de feu, par des exercices modérés et une gymnastique respiratoire rationnelle.

Enfin, le malade sera soumis avec fruit, à un traitement général reconstituant : grand air, bonne alimentation, arsenicaux, etc. . .

CONCLUSIONS

I. — De toutes les pleurésies purulentes, la pleurésie à streptocoque est la plus fréquente ; elle est quelquefois primitive, plus souvent secondaire ; elle se développe à la suite d'une lésion directe de la plèvre, à la suite d'une lésion de voisinage ou d'une maladie générale.

II. — Seul l'examen bactériologique permet un diagnostic certain.

III. — Le pronostic *quoad vitam* est grave, ainsi que le pronostic éloigné à cause de la possibilité de la symphyse pleurale.

IV. — Le traitement par la ponction évacuatrice doit être considéré comme un traitement d'exception, il ne suffira que très rarement. Il faut, dans la presque totalité des cas, pratiquer les pleurotomies.

BIBLIOGRAPHIE

- ATTIMONT. — Paracentèse dans les pleurésies purulentes. Thèse de Paris 1868.
- BESSON. — Journal Sc. méd. de Lille, 1903 p. 145-142.
- BOUVERET. — Traité de l'empyème, 1888.
- BROCARD. — Pleurésie grippale. Thèse de Paris 1890.
- CHESSERET. — Des pleurésies méta-pneumoniques. Thèse de Paris 1889.
- COLLET. — Précis de Pathologie interne.
- COURTOIS, SUFFIT et RÉMOND. — Gazette Hôp. Mars 1890.
- CURRY. — Clinical report on the bacteriological investigations, etc. Boston and surgical, journal 22 av. 1897.
- EISELSBERG. — B. z. Lehre von den mikroorganismen, etc. Wiene medicinische Wochen Schrift 1886.
- FEHLEISEN. — Die OEtologie des érysipels. Berlin 1883.
- FRAENKEL. — Ueber die bacterioscopische Untersuchung eitriger pleuritischen Ergüsse. Charité anna len 1888.
- GILBERT et LION. — Recherches des micro-organismes dans les épanchements pleuraux. Annal. de l'Institut Pasteur, 1888, n° 12.
- GRAWITZ. — Ueber Geformte Bestandtheilen in 48 pleurischen Exsudaten. Charité ann. 1893.
- HOFFA. — Bacteriologische Mittheilungen aus dem laboratorium der chirurgie Klinik zu Wüzburg. Fortschritte der médecine 1886.
- KOUDRATOWISCH. — Thèse de St-Pétersbourg 1895.
- KLOPFSTEIN. — Prague 1895.
- JAKOWSKI. — Zur Ætiologie der Brustfellentzündungen. Zeitschrift für Klinische medecin, xxii 1892.
- LAVERAN. — Soc. méd. des hôp. 1890.

- LORIGO et CENSULI. — Sulla etiologia delle pleuriti. Rivista d'igiene 1895.
- MARFAN. — Etiologie et diagnostic des pleurésies purulentes. Gaz. hôp. 31 avril 1889.
- NETTER. — Utilité des recherches bactériologiques pour le pronostic et le traitement des pleurésies purulentes. Soc. méd. hôp. 1890.
- PANSINI. — Contributo all'etiologia delle Pleuriti. Biorn. inter. sc. méd. 1892.
- REUVERS. — Zur Kasuistik und Behandlung der Empyème. Charité Annalen 1889.
- ROSENBACH. — Mikroorganismen bei den Wiendinfektion Krankheiten 1884.
- THUC. — Bidrag til Pleuritens Aetiology. Norsk magazin for laegevidenskaben, 1895.
- VIGNALOU. — Pleurésie purulente à streptocoques. Th. Paris 1890.
- WEBER. — Thèse de Pétrograd 1895.
- WEICHSELBAUM. — U. die Aetiologie der Lungen und Rippenfellentzündungen. Wiene méd. Jahrbücher 1886.
- Central f. Bakt. sc. Wiens méd. Presse 1890.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 9 juillet 1920
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 8 juillet 1920.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taiera les secrets qui lui seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



